様式1－1

**学会認定・臨床輸血看護師　受験申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　日 | | | | | |  | |  | | | | 姓 | | | | | | | | | 名 | | | | | | |  |
| 西暦　 　 年 月 日 | | | | | | ローマ字名 | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | ㊞ |
|  | | | | | | 申請者氏名 | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 生年月日： 西暦　　 　　　年　　　月　　　日　　　性別（男・女） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改姓した場合の年月日： 西暦　　 　　年　　月　　日（旧姓　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| 自宅 | 住所　〒　　　－  　　　　　　　 都･道･府･県 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話　　　　　　　－　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | FAX　　　　　　－　　　　　－ | | | | | | | | | | |
| 携帯電話　　　　　－　　　　　－　　　　　　　（書類審査時の緊急問い合わせ等に使用） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E-mail | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先 | 施設名 | | | | | | | | | | | | | | 所属（部署・室名） | | | | | | | | | | | | | |
| 電話　　　　　　　－　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | FAX　　　　　　－　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | |
| （内線） | | | | | | | | | | | | | | **※有資格者の情報掲載について**  有資格者の情報を日本輸血・細胞治療学会ホームページに掲載いたします。その範囲は認定後に「会員専用サイト」にログインしていただき、ご自身で行っていただきます。  尚、会員向けの学会誌、社員総会資料には、氏名、施設名ともに掲載されます。 | | | | | | | | | | | | | |
| E-mail | | | | | | | | | | | | | |
| 住所　〒　　　－ | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 看護師免許 | | |  | | | | | | | | | |  | 業績項目 | | | | | | | | | | 件数 | | | 単位数 | |
| 取得年月日：西暦　　　 　　年　　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | 研究発表（論文・著書） | | | | | | | | | |  | | |  | |
| 登録番号 | | | | | | | | | | | | | 研究発表（学会・研究会） | | | | | | | | | |  | | |  | |
| 卒業学校名（又は4年生大学/短大）  卒業年月日：西暦　　　 　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | 講習会・研修会等参加 | | | | | | | | | |  | | |  | |
| その他（教育活動等） | | | | | | | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | 総単位数 | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 看護師免許取得後の職歴 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 (西暦) | | 月から | | 年 (西暦) | | | | | | 月まで | | 期間 | | | | | 施設名 | | | | | | | | 部署名 | | | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | 年　 月 | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | 年　 月 | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | 年　 月 | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | 年　 月 | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | 年　 月 | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | 年　 月 | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 看護師臨床経験年数  　　年　　月 | | | | |  | | | | | | 輸血療法委員会委員経験  有　・　無 | | | | | | | | |  | | | 自己血輸血の業務経験  有　・　無 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学会などの会員歴 | | | | | | | | | 加入年 | | | | | | | | | 通算会員歴 | | | | 会員番号 | | | | 備考 | | |
| ・日本輸血・細胞治療学会 | | | | | | | | | 西暦　　 　　年　　月 | | | | | | | | | 年 | | | |  | | | |  | | |
| ・ | | | | | | | | | 西暦　　 　　年　　月 | | | | | | | | | 年 | | | |  | | | |  | | |
| ・ | | | | | | | | | 西暦　　 　　年　　月 | | | | | | | | | 年 | | | |  | | | |  | | |
| ・ | | | | | | | | | 西暦　　 　　年　　月 | | | | | | | | | 年 | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他の認定･資格などの名称 | | | | | | | | 認定機関・団体名 | | | | | | | | 認定年月 | | | | | | | | | 登録番号 | | | |
| 名称： | | | | | | | |  | | | | | | | | 西暦 　　　 　年　　月 | | | | | | | | |  | | | |
| 名称： | | | | | | | |  | | | | | | | | 西暦　　 　　年　　月 | | | | | | | | |  | | | |
| 名称： | | | | | | | |  | | | | | | | | 西暦 　　 　年　　月 | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 希望研修施設（自施設以外） | | | | | | | 第一希望 | | | | | | | | | | | | 第二希望 | | | | | | | | | |
| 病院 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |